

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 104

LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES

PAR
Incision et Suture transversales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES VIDAL

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Rodez (Aveyron), le 5 juillet 1893



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES

PAR
Incision et Suture transversales

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique bio-logique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		RÔCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale.....		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe..... VALLAS
Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BERARD, Président; M. DOYON, Assesseur;
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 104

LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES

PAR
Incision et Suture transversales



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES VIDAL

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Rodez (Aveyron), le 5 juillet 1893



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

Tué à l'ennemi (mars 1918)

A MON FRÈRE LOUIS

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Que nous remercions du grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant de
présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Qui nous a inspiré le sujet de ce tra-
vail. Nous le prions de vouloir bien
agréer l'hommage de notre profonde
gratitude.

A MES MAITRES

A MES JUGES

INTRODUCTION

Un très grand nombre de procédés ont été proposés jusqu'à ce jour pour obtenir la cure radicale des hernies ombilicales. Mais si chacun d'eux compte des succès, l'expérience nous apprend que les récidives de hernies ombilicales ne sont pas une rareté, et plus d'un malade qui a quitté l'hôpital avec une paroi solidement reconstituée en apparence, y retourne au bout d'un temps plus ou moins long, porteur d'un nouvel exomphale.

En revenant sur cette question, déjà si longuement étudiée, du traitement des hernies ombilicales, nous n'avons pas l'intention de revoir complètement les méthodes classiques, et dont les détails de technique sont parfaitement décrits dans maint ouvrage.

Nous n'aurons pas non plus la prétention, dans ce travail très court, de faire un choix exclusif parmi tant de procédés, de présenter l'un d'eux comme étant le meilleur dans tous les cas.

Nous nous proposons simplement, ainsi que nous l'a suggéré M. le professeur agrégé Patel, d'insister à nouveau sur la grande valeur d'une excellente pratique : la cure radicale par incision et suture transversales, et nous essayerons de montrer tous les avantages que l'on peut

tirer de cette méthode opératoire rationnelle, basée sur l'étude de la physiologie de la paroi abdominale.

Ce procédé n'est pas nouveau. Déjà étudié dans la thèse d'Allemand, 1895, inspirée par Duchamp, chirurgien de Saint-Etienne, il fait l'objet, au XVIII^e Congrès de Chirurgie (Paris, 1905), d'une communication du docteur Gourdet, de Nantes, qui inspire la thèse d'un de ses élèves, le docteur Michel (Bordeaux, 1905).

Monsieur le professeur agrégé Patel nous a communiqué les observations de plusieurs malades qu'il a opérés par ce procédé à l'hôpital de la Croix-Rousse, et chez lesquels les résultats obtenus ont été excellents.

Nous tenons à le remercier ici de la grande bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et des conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de ce modeste travail.

Quelques mots de la Hernie ombilicale

Les hernies ombilicales de l'adulte sont d'une observation assez courante. Berger, sur 10.000 cas de hernies compulsés, donne la statistique suivante :

41 % de hernies ombilicales.

Elles seraient une moyenne de 27 % des hernies de la femme et 5 % des hernies de l'homme.

Ces chiffres ne s'appliquent qu'à l'adulte.

Il est vraisemblable, d'ailleurs, qu'il faut faire remonter à l'enfance l'origine de la plupart des hernies ombilicales observées chez l'adulte, et c'est probablement une petite pointe de hernie non guérie qui est le point de départ de presque tous les exomphales.

Il est rare (Malgaigne) que les hernies ombilicales des adultes se produisent à la suite d'un effort. Elles se font lentement, doucement et spontanément, véritables hernies de faiblesse.

Il n'est pas sans intérêt de voir dans quelles proportions la grossesse et l'accouchement augmentent cette affection, presque spéciale à la femme.

La statistique de Berger nous montre que sur 494 femmes atteintes de hernie ombilicale, 429 avaient eu des grossesses et 377 des grossesses multiples. Il ajoute que les malades constataient très bien elles-mêmes que leur

hernie augmentait sensiblement de volume après chaque grossesse.

En dehors, d'ailleurs, de toute grossesse et de tout accouchement, il est très remarquable de constater la tendance continuelle de ces hernies à augmenter progressivement et rapidement de volume.

Entretenues par l'effort, la toux, les cris, la station debout, la pesanteur et toutes causes capables de mettre en tension les viscères contenus dans la cavité abdominale, elles transforment rapidement le malade en un véritable impotent.

« La hernie ombilicale est une des infirmités les plus pénibles que l'on puisse rencontrer. » (Lucas-Championnière.)

La douleur est un élément constant de la hernie ombilicale et se trouve particulièrement intense dans les hernies un peu volumineuses, un peu anciennes, contenant de l'épiploon qui a contracté des adhérences avec la paroi de l'exomphale, ce qui peut être considéré comme la règle.

Il est, en effet, frappant de constater la fréquence plus grande des adhérences dans la hernie ombilicale que dans les autres hernies. Elles sont dues à l'irritation des enveloppes trop distendues, irritation qui se communique rapidement à l'épiploon et aux anses intestinales.

Et c'est à ces adhérences remarquablement abondantes qu'il faut attribuer la plus grande part de l'extrême sensibilité de la tumeur.

La fatigue, l'effort, les chocs, le mouvement déterminent de véritables crises qui se produisent quelquefois même spontanément.

« La hernie ombilicale constitue un supplice de tous les instants. » (Lucas-Championnière.)

Ces crises douloureuses entraînent bientôt dans la majorité des cas l'immobilisation du sujet, de plus en plus complète, au fur et à mesure que la tumeur s'accroît et se complique de nouvelles adhérences.

Et c'est un résultat pitoyable que l'interdiction de toute activité à ces malades qui sont le plus souvent des femmes très obèses, à surcharge graisseuse quelquefois considérable, et dont l'obésité augmente encore du fait de cette immobilisation forcée.

L'emphysème et la toux surviennent encore, s'aggravent s'ils existaient déjà, toujours très communs chez les porteurs d'exomphales, et ne sont pas pour améliorer leur état.

Il n'est pas rare enfin de trouver ces malades atteints d'albuminurie et de diabète. L. Championnière insiste surtout sur la proportion vraiment considérable de femmes atteintes de hernie ombilicale et diabétiques. Pour cet auteur, il y aurait là une véritable relation de cause à effet. En tous cas, il se produit presque toujours chez ces malades, un ralentissement notable des échanges nutritifs, et une altération très sensible de la santé générale.

Mais ce n'est pas tout: la malade atteinte de hernie ombilicale est sous la menace constante de voir survenir les complications les plus graves. Ces accidents ont été très bien étudiés par Le Dentu, à qui nous empruntons l'énumération suivante; ce sont:

1° Du côté de la peau: des excoriations, de l'eczéma, de l'intertrigo, des furoncles, des fissures douloureuses,

occasionnées, le plus souvent, par le port d'un bandage; des ulcérations plus ou moins profondes, et, quelquefois même, il se produit de véritables phlegmons.

2° Du côté du tube digestif: ce sont des nausées, des vomissements: tantôt de la constipation, tantôt, au contraire, de la diarrhée.

3° Enfin, au niveau de la hernie même: il peut se produire de l'engouement intestinal, de l'épiploïte chronique de la région qui engendre des douleurs continues. L'ouverture des enveloppes peut survenir à la suite d'ulcérations profondes, et leur rupture après des efforts brusques, accidents suivis constamment de péritonite mortelle. Enfin, l'étranglement qui peut se produire comme dans toutes les hernies. Cette dernière complication, très grave, n'est heureusement pas très fréquente dans la hernie ombilicale: 6 %, d'après Bryant.

Donc, la hernie ombilicale, abandonnée à elle-même, constitue un danger permanent et n'a, chez l'adulte, aucune tendance à évoluer vers la guérison spontanée.

Bien au contraire, elle peut devenir rapidement incurable, et c'est ce qu'il ne faut pas attendre.

Le plus souvent, il faut intervenir. « En principe, la hernie ombilicale de l'adulte doit être opérée, c'est le traitement le plus sûr et le plus efficace. » (L. Championnière.)

On a beaucoup discuté de l'utilité des bandages qui pourraient permettre d'esquiver une intervention toujours sérieuse.

Utiles chez les enfants, dans les premières années où l'abstention opératoire est la règle, et chez lesquels on assiste souvent à une guérison spontanée, l'emploi

des bandages, chez l'adulte, est presque toujours à rejeter.

« Ils masquent la hernie plus qu'ils ne la contiennent », même dans les cas favorables, où ils sont placés chez des sujets à embonpoint moins développé, à parois abdominales relativement bonnes, l'amélioration qu'ils semblent déterminer n'est que passagère, et la hernie ne manque pas de réapparaître à la première occasion.

Nul ne doute plus actuellement que la plupart des hernies ombilicales ne doive être l'objet d'un traitement opératoire. Avec l'antisepsie, aucun chirurgien ne recule devant l'ouverture de la cavité périnonéale, qui lui permette d'obtenir la guérison définitive d'une infirmité grave, et de prévenir les complications qui en résultent trop souvent.

L'intervention pour une hernie de petit volume, prise à son début, est d'un pronostic relativement bénin.

L. Championnière, sans doute un peu affirmatif, va même jusqu'à dire : « La cure radicale n'est pas dangereuse, et nous avons le droit d'y recourir pour remédier même à ce qui n'est qu'une difformité. » Opinion peut-être excessive; tous ceux qui ont l'expérience de cette intervention savent parfaitement combien elle est toujours délicate, d'une complexité extrême quelquefois, lorsqu'il s'agit de hernies un peu anciennes, aux multiples adhérences, et abondamment cloisonnées. Tous les chirurgiens savent que le fait d'entreprendre la cure radicale chez des sujets d'un état général quelquefois peu satisfaisant, toujours atteint, d'avoir affaire à des tissus d'une vitalité suspecte, peu résistants, de trauma-

tiser le péritoine d'une région particulièrement sensible, inspire toujours des craintes sérieuses.

Le pronostic n'est peut-être pas toujours aussi bénin qu'ont bien voulu le dire quelques auteurs. Voyons quelques chiffres.

11 cas cités dans la thèse de Conte : 1 mort attribuée d'ailleurs par l'opérateur au mauvais état des reins du malade.

Sänger (de Leipzig) sur 29 interventions compte un décès. L. Championnière, sur 14 opérés par son procédé, n'enregistre aucune mort. Bacri (thèse de Paris, 1892), se basant sur une statistique de 65 cas, conclut à 1,5 % de décès. Beckel (de Strasbourg), 10 interventions, 1 mort,

Il n'est point question dans cette statistique des interventions pour hernie ombilicale étranglée, le pronostic en est beaucoup plus sévère. « L'opération de la hernie étranglée demeure l'une des plus meurtrières de la chirurgie courante. » (Patel, Précis de chirurgie journalière.) 37 % de mortalité (Lejars).

La mortalité dans la cure radicale serait encore abaissée, dit L. Championnière, si l'on s'habituaient à opérer les hernies alors qu'elles sont encore petites, et non pas à une époque quelquefois très éloignée de ce début.

Il faut opérer les sujets jeunes, ne pas attendre avec le port illusoire d'un bandage inefficace, que la hernie de plus en plus volumineuse et de plus en plus douloureuse, devienne incurable. La précocité de l'intervention est un des meilleurs facteurs du succès. Il faut « opérer pour empêcher la hernie de grossir ». Les indications opératoires sont nettes.

Chaque fois qu'un sujet jeune, jouissant d'un état général satisfaisant, sera atteint d'une hernie ombilicale s'accroissant progressivement, irréductible, siège d'une inflammation plus ou moins vive, de gêne et de douleurs, il faut intervenir et faire la cure radicale de cette hernie.

Y a-t-il des contre-indications à l'intervention ? Quand faut-il s'abstenir ?

Les principales contre-indications sont tirées du grand âge et du mauvais état général du sujet.

Leisrinck recommande de ne pas opérer chez les vieillards, les hernies irréductibles et peu douloureuses.

Ausderogg déconseille l'intervention chez les sujets atteints de maladies générales, ou lorsque la hernie est d'un volume trop considérable.

Richelot s'abstient chez les vieillards, les cachectiques, les emphysémateux, les malades porteurs de hernies énormes.

L. Championnière écarte les grands cachectiques, les tuberculeux, les albuminuriques et les diabétiques.

Il faut encore s'abstenir dans quelques cas moins fréquents, lorsqu'on a affaire par exemple à un sujet atteint de véritable diathèse herniaire, porteur de hernies multiples, se faisant à travers des parois détestables, ou de sujets porteurs de hernies très petites, n'ayant par exception aucune tendance à l'accroissement, non douloureuses, et où l'intervention semble difficile, sinon impraticable.

Lorsqu'il s'agit d'hommes d'un certain âge ayant dépassé la quarantaine, même si la lésion est ancienne et a pris un grand développement, après s'être assuré que

le malade n'est ni diabétique, ni albuminurique, après avoir consulté l'état de son cœur, on peut souvent intervenir « mais il ne faut pas se dissimuler que la gravité de l'opération est plus grande ».

La grosseur de la hernie n'est pas toujours une contre-indication à l'intervention. Celle-ci sera infiniment plus délicate, et nécessite, pour être menée à bien, l'expérience d'un chirurgien rompu aux difficultés de la chirurgie abdominale.

Voici, à ce sujet, l'opinion de Berger : « L'opération de la cure radicale des grosses hernies ombilicales est souvent difficile, parfois même impossible à mener à bien, à cause des adhérences qui unissent non seulement l'épiploon, mais le côlon transverse et son mésocôlon, au sac et au pourtour de l'anneau ombilical.

On ne saurait poser en règle générale l'opération des grosses hernies irréductibles; elle présente trop de difficultés dans son exécution pour qu'on puisse l'entreprendre dans la condition où elle se présente le plus souvent, c'est-à-dire chez des femmes très grasses et ayant déjà dépassé la période moyenne de l'existence. »

En résumé, un très grand nombre de hernies ombilicales sont justiciables de la cure radicale; mais on ne peut pas ériger celle-ci en principe dans tous les cas.

L'opportunité de l'intervention doit être discutée pour chaque sujet, suivant son âge, son état général, l'état de sa paroi abdominale, suivant l'ancienneté de l'exomphale et sa grosseur, les hernies les plus grosses n'étant d'ailleurs pas toujours les plus graves.

C'est là très souvent pour le chirurgien une affaire de jugement et d'impression personnelle, et qui le fera

quelquefois écarter la cure radicale chez tel malade, qu'il vaut mieux laisser à son infirmité, à la merci même des complications possibles, que de l'exposer à faire les frais d'une intervention dont les conséquences pourraient être désastreuses.

Quelques mots d'histoire et des principales méthodes de cure radicale de la Hernie ombilicale

Sans vouloir faire un historique complet de la question, qui nous entraînerait beaucoup trop loin, il nous semble pour le moins utile de rappeler brièvement quelles ont été les étapes successives dans la pratique de la cure de la hernie ombilicale.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les noms antiques de Celse, Oribase (IV^e siècle), Fabre d'Égine, Ætius, Haliabbas, etc., qui tentent les premières interventions : ligature du sac, sphacélation par des caustiques ou le cautère ; ligatures en X par deux fils entrecroisés ; torsion du pédicule.

Guy de Chauliac (XIV^e siècle) est hostile à toute intervention. A. Paré pratique la ligature du sac au moyen de plusieurs fils placés à sa base, mais se garde bien d'en pratiquer l'incision.

Le XVIII^e siècle voit l'intervention des bandages, et dès lors, la majorité des auteurs réservent l'intervention aux seules hernies étranglées.

Desault, au début du XIX^e siècle, se montre partisan à nouveau de la cure radicale et pratique la ligature du sac. — Son exemple n'est pas suivi. — Jusque vers 1835,

le bandage règne en maître. — Vers cette date, Gerdy décrit sa méthode d'invagination; Bouchacourt et Chicoyne reprennent la ligature que Vidal de Cassis (1848) rejette encore formellement dans sa thèse d'agrégation.

En 1853, il semble bien que Hutin ait pratiqué sur un gendarme le premier essai de cure radicale, créant délibérément une plaie de laparotomie et refaisant la paroi.

Duplay, en 1866, reconnaissant que la guérison de la hernie ombilicale, spontanément, soit à l'aide d'un bandage est exceptionnelle chez l'adulte, dit qu'une opération de cure radicale peut être tentée dans certains cas.

L'avènement de la méthode antiseptique change complètement la face de la question. Steele, en 1873, pratique la première intervention pour cure radicale. — L. Championnière pratique pour la première fois en France (1881) une cure pour une hernie non étranglée.

En 1883, Segond publie sa thèse d'agrégation. Les anciens procédés tombent dans l'oubli. Chez l'enfant, la ligature conserve encore quelques rares défenseurs (Max, Motta, Kloman).

Les travaux se succèdent. Munis des puissantes armes de l'antisepsie, les chirurgiens ne craignent plus d'ouvrir la cavité abdominale, proposent des méthodes ingénieuses qui visent vraiment à obtenir la cure radicale de la hernie ombilicale et cherchent à prévenir la récurrence.

Les premiers opérateurs s'estimaient trop heureux de pouvoir fermer à peu près l'orifice herniaire, et ne s'inquiétaient guère de reconstituer méthodiquement une paroi solide. Les résultats étaient naturellement le plus souvent médiocres et les récidives fréquentes.

Les méthodes actuelles s'inquiètent, à juste titre, de prévenir celles-ci, et cherchent à augmenter le plus possible, à l'endroit où siégeait la hernie, la résistance de la paroi abdominale.

Une foule de procédés plus ou moins ingénieux ont été utilisés dans cette intention. On a employé de diverses façons la ligne blanche de la région ombilicale, l'aponévrose des muscles droits, des lambeaux des muscles droits eux-mêmes. On a accumulé les plans de sutures.

Quelle que soit l'importance de ces améliorations techniques, et les différences que présentent entre elles toutes ces méthodes, on peut dire que les procédés utilisés pour la cure radicale de la hernie ombilicale se ramènent à deux grands groupes, suivant que l'opérateur procède ou non systématiquement à l'excision de l'ombilic fibreux avant de procéder à la fermeture de la plaie abdominale, et à la reconstitution de la paroi.

Résumons brièvement les principaux procédés :

Procédé de Tait-Zänger. — Il peut se résumer ainsi :

Ouverture large du sac herniaire.

Réduction du contenu de la cavité.

Ligature et résection de l'épiploon.

Avivement des bords de l'anneau. Dédoublement par une incision parallèle à la paroi abdominale de cet anneau fibreux en deux plans, un plan fibro-péritonéal, et un plan fibro-cutané. Ces deux plans sont adossés respectivement l'un à l'autre par une suture à la soie.

Résection du sac, y compris l'ombilic cutané.

Suture serrée des téguments à la soie.

Procédé de Lucas-Championnière. — L. Championnière donne trois grandes indications : détruire la sé-

reuse herniaire, constituer à la place de l'anneau ombilical la cicatrice la plus puissante possible, détacher et détruire certaines parties contenues dans le sac (Réduction de l'intestin, résection de l'épiploon).

Voici quelles sont les différentes phases de l'intervention :

Incision des téguments courbe ou droite qui découvre largement le pédicule herniaire ;

Ouverture du sac, prudente à cause des adhérences ;

Dissection du contenu du sac ;

Traction sur le sac pour effacer tout infundibulum péritonéal, amorce d'une récurrence. Résection de l'épiploon ;

Sutures : 1^{er} plan séreux avec sutures multiples ; 2^e plan pour les parties fibreuses qui constituent la périphérie de l'anneau, à l'aide de catguts solides ;

Réunion de la peau par des points profonds alternant avec des points superficiels. Drain.

Procédé de Routier (Thèse de Barrier). — Routier conseille, après avoir détaché les adhérences avec le doigt, de laisser attachées à l'intestin les parties de l'épiploon adhérentes que l'on ne peut pas rompre par ce procédé. Le sac non lié est compris dans la suture qui réunit toute la paroi abdominale.

Procédé de Terrier. — Incision cruciale. L'intervention est à peu près celle que pratique L. Championnière, mais arrivé à l'anneau fibreux, il en avive le pourtour, et transforme même quelquefois sa forme annulaire en ellipse à grand axe vertical.

Procédé de Berger. — Berger insiste sur la nécessité de la destruction complète de l'infundibulum péritonéal.

L'anneau est avivé, quelquefois même prolongé en haut et en bas par une petite incision qui permet une meilleure réunion.

Procédé de Guernusy. — Il suture l'anneau, incise le bord interne de la gaine des droits, et lorsque les muscles peuvent être attirés sans une grande tension jusque sur la ligne médiane, passe des fils à quelque distance de leur bord interne. Il fait aussi passer des fils par les intersections tendineuses.

Procédé Quénu. — Restauration de la paroi. 5 plans de suture. Suture du plan séro-fibreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine des droits.

Ouverture de la gaine des droits par une incision elliptique faite tout autour de l'orifice herniaire à un ou 2 centimètres au delà de la ligne médiane. On obtient ainsi 4 lèvres aponévrotiques se regardant 2 à 2.

Suture en surjet des deux bords internes de la gaine des droits ainsi ouverte.

Décollement du muscle droit de sa gaine pour amener son bord interne au contact de son congénère.

Suture du muscle à son voisin; un point est passé par l'intersection aponévrotique constante à hauteur de l'ombilic.

Suture des deux bords externes de la gaine des droits.

Suture cutanée.

Procédé de Dauriac. — Dauriac ouvre le bord interne de la gaine des droits, sectionne les droits, soit en totalité, soit en partie, et croisant au devant de la ligne médiane, le lambeau supérieur de chaque muscle sectionné, il le suture au lambeau inférieur du côté opposé.

L'opération est complétée par la reconstruction des deux gaines ouvertes.

Dauriac décrit ses procédés sous les noms d'entrecroisement total et d'entrecroisement partiel des droits.

Procédé de Condamin. — Il fait à la peau une incision périombilicale en ellipse, remontant à 3 ou 4 cm. au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Il ouvre la gaine des droits, perfore le feuillet profond de cette gaine et arrive au péritoine. S'il s'agit d'une hernie étranglée, il débriide le collet du sac de dehors en dedans.

L'intestin réduit, l'épiploon réséqué, il faut refaire la paroi. Condamin conseille d'étendre dans le sens longitudinal son excision sur une étendue égale à trois fois la largeur de l'orifice ombilical après excision de l'anneau. On rapproche alors les deux surfaces cruentées, ce qui crée souvent de sérieuses difficultés, et on pratique une suture à trois étages :

- 1^o Péritoine : surjet à la soie ;
- 2^o Plan aponévrotique : surjet double ;
- 3^o Suture de la peau avec un fil métallique.

Procédé de Casteret. — Peu différent de celui de Condamin. — Casteret conseille d'exciser la ligne blanche sur une certaine hauteur au-dessus et au-dessous de l'ombilic, de façon à éviter le froncement de la ligne blanche qui se produit inévitablement si l'anneau est incomplètement réséqué, quand on rapproche l'une de l'autre les lèvres de l'orifice aponévrotique. Ce froncement peut se transformer en nouvel infundibulum et provoquer la formation d'une nouvelle hernie.

Gouilloud, Jeannel, Keen proposent des procédés opé-

ratoires très semblables aux précédents et dont il ne paraît pas utile de faire une description spéciale.

Procédé de Chandelux. — Après avoir disséqué complètement le sac, il s'efforce de réséquer l'anneau ombilical en évitant d'ouvrir la gaine des droits.

Procédé de Le Dentu. — Il fait aux téguments une incision longitudinale passant sur le fond du sac. Il ouvre celui-ci à ce niveau, réduit l'intestin, résèque l'épiploon, puis découvre l'anneau ombilical et pratique l'omphallectomie. Il taille dans la ligne blanche deux triangles, l'un supérieur, l'autre inférieur, ayant pour base la circonférence de l'anneau ombilical. Il fait une suture de la paroi à deux étages :

Suture profonde péritonéo-fibro-musculaire ;

Suture superficielle cutanée.

Procédé de Dudley (de New-York). — Cet auteur fait une suture du péritoine au catgut ; puis, pour assurer un affrontement plus exact des tissus aponévrotiques, il fait une double suture de la ligne blanche, une première au catgut, une seconde à l'aide de fils métalliques qu'il fait pénétrer de telle façon que chaque anse de fil embrasse un tiers de pouce de tissu musculaire. Le rapprochement des lèvres de l'incision aponévrotique se fait sans grand tiraillement. Suture superficielle de la peau.

En étudiant tous ces procédés, on est frappé de la difficulté que rencontrent les opérateurs lorsqu'ils veulent rapprocher, pour les suturer, les deux bords de la plaie. C'est le temps délicat de l'intervention, et le plus important, puisque de lui dépend la solidité de la paroi nouvelle.

Nous avons vu que le nombre des plans de suture est très variable suivant les auteurs : de un jusqu'à cinq.

Suture simple (Bruns Routier).— Elle comprend dans le même point toute l'épaisseur de la paroi abdominale, depuis la peau jusqu'au péritoine. Il est nécessaire d'employer des fils métalliques résistants.

Ce procédé utilisable dans les cas d'urgence présente des inconvénients : « L'accolement intime se fait surtout aux points où s'exerce la pression des fils, c'est-à-dire aux points superficiels et profonds. Il n'en est pas de même au milieu, surtout si l'on a affaire à une paroi épaisse et grasse. Il reste là un espace virtuel qui ne tarde pas à se remplir de sérosité et à se transformer en une vraie cavité (Jaboulay et Patel, « Hernies »).

Suture double. — Deux lignes de suture ; l'une profonde qui rapproche en masse la paroi abdominale, l'autre superficielle qui joint exactement les lèvres de la plaie.

Il semble que l'on oublie dans ces méthodes de suture que c'est la couche aponévrotique de la ligne blanche qui doit jouer le principal rôle pour refaire la paroi, et que c'est sur sa reconstitution que doit porter les efforts du chirurgien : « Toutes les fois que la couche musculo-aponévrotique a été sectionnée, si la réunion n'a pas été parfaite, il en résulte un point faible. »

Suture à trois plans. — 1° Suture péritonéale ; 2° Suture aponévrotique ; 3° Peau.

Ce procédé semble excellent pour refaire une paroi après excision large de l'ombilic fibreux qui crée une grosse brèche de la paroi abdominale. Il est assez long dans son exécution, et nous savons que l'opération de

cure radicale de hernie ombilicale est toujours délicate et complexe.

Suture par doublement (Savariaud). — Sur l'une des lèvres de l'orifice ombilical, il place deux séries de points en U, régulièrement alternant; puis passant sur la lèvre opposée, il fait passer les fils de la deuxième série.

En serrant, on obtient un chevauchement des deux parois. Ceci fait, les fils de la deuxième série sont réunis au bord même de la lèvre devenue antérieure.

Sapiejko (1900) utilise un procédé qui consiste à faire chevaucher l'une sur l'autre les deux parois.

On suture sur la ligne médiane la peau préalablement dégraissée.

Tous ces auteurs réunissent verticalement les deux lèvres de la plaie et constituent de ce fait une cicatrice située sur la ligne médiane, d'une résistance très variable, assez souvent médiocre, ainsi que le montre la fréquence des hernies récidivées.

Baumelou (thèse inspirée par Jaboulay) donne, en effet : 74 cures radicales, 15 récidives, celles-ci d'autant plus fréquentes que les hernies opérées sont plus grosses.

Nous allons voir dans le chapitre suivant si l'étude physiologique des muscles de la paroi abdominale ne semble pas plus en faveur d'une autre méthode, la suture transversale que nous décrirons ensuite.

Physiologie de la Paroi abdominale

Les muscles de la paroi abdominale sont constitués par les deux droits, muscles longs, et par les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, muscles larges.

S'étendant depuis la cage thoracique jusqu'au pubis, inclus chacun dans une gaine aponévrotique dont la constitution varie suivant la région que l'on considère, les deux droits délimitent entre leur bord interne, une zone allongée, région de la ligne blanche qui s'étend comme les muscles sur toute la hauteur de la paroi abdominale.

Les droits semblent toujours avoir tenté les opérateurs qui se sont attachés à pratiquer la cure radicale de la hernie ombilicale. Tantôt le muscle en totalité, tantôt en partie, tantôt leur gaine ont été utilisés des manières les plus diverses et les plus ingénieuses.

Les muscles larges possèdent chacun un tendon membraneux dont les fibres continuent la direction des faisceaux musculaires; — direction oblique en bas et en dedans pour le grand oblique; oblique en haut et en dehors pour le petit oblique, transversale pour le transverse.

D'abord distinctes, ces aponévroses arrivant au contact du bord interne du grand droit, se fusionnent de la façon suivante : L'aponévrose du petit oblique se dédouble ; son feuillet antérieur, uni à l'aponévrose du grand oblique, constitue le feuillet antérieur de la gaine des droits ; son feuillet postérieur, uni de la même manière à l'aponévrose du transverse, constitue le feuillet postérieur de la gaine des droits. Le maximum de l'effort, dans la contraction simultanée des muscles larges, est donc supporté en définitive par la ligne blanche. « La ligne blanche fournit un point d'appui pour la contraction des muscles larges. Elle solidarise leur action qui est presque toujours bilatérale en les transformant en un seul muscle polygastrique. » (Poirier.)

La ligne blanche, chez l'homme sain, est très résistante. Formée de fibres tendineuses intriquées dans les deux sens, vertical et antéro-postérieur, à la façon des doigts des mains jointes, elles constituent une barrière aponévrotique extrêmement solide.

Elle présente cependant des solutions de continuité sous forme de petits orifices de forme losangique à grand axe transversal, destinés aux passages des vaisseaux et nerfs de la région. Ils sont normalement obturés par un petit peloton graisseux, et peuvent, lorsqu'ils acquièrent des dimensions plus importantes, livrer passage à des hernies.

« L'anneau ombilical n'est qu'un de ces orifices considérablement agrandi. » (Richet). On décrit classiquement l'anneau sous forme d'un quadrilatère arrondi ; on l'a comparé à une gueule de four à cintre supérieur (Blandin). Il revêt, en réalité, assez souvent la forme

d'une boutonnière disposée dans le sens transversal (Testut et Jacob), et nous verrons tout l'intérêt que l'on peut tirer de cette disposition lorsqu'on pratique la cure radicale. — Gourdet dit que cette forme d'ovoïde à grand axe transversal est la plus fréquente, chaque fois que l'anneau est distendu, forcé par le passage d'une hernie; tirailé en travers par toutes les causes de distension du ventre : grossesse, tumeur, ascite. — Gourdet a rencontré cette disposition transversale de l'orifice ombilical huit fois dans huit interventions pour hernie ombilicale (Communication au XVIII^e Congrès de Chirurgie) et conclut que lorsqu'on dissèque un exomphale, il suffit de la chercher pour la rencontrer.

L'ombilic normal a son centre obturé par un bouchon fibreux, tissu de cicatrice, très serré, très dur. Son contour est constitué par deux sortes de fibres, les unes superficielles, dépendant des aponévroses qui forment la ligne blanche et ayant la même disposition qu'elles, et fusionnées de façon à former un anneau rigide; les autres profondes formant relief sur la face postérieure de la ligne blanche, mais indépendantes des aponévroses des muscles larges. Ce pourtour fibreux rend l'anneau rigide, absolument inextensible; sa forme ne se modifie pas dans la contraction des muscles abdominaux.

Cette même contraction des muscles larges s'exerçant sur les espaces losangiques que nous avons signalés plus haut dans la ligne blanche et sous-ombilicale, rapproche l'un de l'autre les bords supérieurs et inférieurs de ces espaces qui tendent à s'effacer. Il en sera de même sur un ombilic dont l'anneau fibreux a disparu, distendu petit à petit par le passage de la hernie. Les tissus péri-

ombilicaux en mauvais état, peu résistants, friables, supportent mal les efforts des muscles larges.

L'orifice ombilical pathologique tend à prendre la forme en boutonnière transversale sur laquelle insiste à juste titre le docteur Gourdet.

Dans la contraction des droits et le raccourcissement de la ligne blanche qui en résulte, une plaie ou une suture transversales ne subissent aucun tiraillement néfaste tendant à les désunir. La ligne blanche est relâchée. la contraction ne tire pas sur la suture.

Gill Wylie (*American Journal of Obstetric*, janvier 1887), écrit : « La plupart des opérateurs méconnaissent entièrement le fait que l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche est en réalité le tendon des muscles abdominaux, à **direction transversale**; que c'est ce fascia et non les muscles droits qui donne aux parois leur résistance dans le sens transversal. »

Dans la contraction bilatérale des muscles larges, la traction s'exerçant sur la ligne blanche dans le sens transversal, et tendant à l'écartier, à l'ouvrir, il semble évident qu'une incision verticale résiste moins à la désunion qu'une incision transversale.

Il est logiquement mauvais de créer dans cet épais fascia fibreux qu'est la ligne blanche, et qui doit conserver le plus possible de sa force, une ligne de moindre résistance qui soit perpendiculaire à l'axe de traction des muscles larges. La solution de continuité cherchera à se reformer, et on pourra enregistrer une récédive.

Il en est tout autrement avec la pratique de la suture transversale. La force de traction s'exerçant dans ce

cas suivant une ligne parallèle au grand axe de la plaie ou de la suture, la solution de continuité n'a aucune tendance à s'ouvrir à nouveau; les lèvres restent au contact, tendues l'une contre l'autre, d'autant mieux affrontées que l'action des muscles larges est plus grande.

Il est encore un point à considérer. Dans les mouvements d'extension du corps, la suture transversale ne va-t-elle pas chercher à s'ouvrir, à l'encontre de la suture verticale ? Et d'abord, la suture verticale n'est pas à l'abri des tiraillements dans les mouvements d'extension. En effet, les muscles larges sont tendus et leur aponevrose également. Leur augmentation de longueur dans le sens vertical est contre-balancé par une diminution dans le sens transversal qui entraîne toujours un certain degré de tension de la suture longitudinale. La suture transversale ne subirait pas de tiraillements plus considérables. Elle est soutenue par la présence des muscles droits tendus; en outre, ainsi que le constate Allemand (Thèse de Lyon), la paroi, généralement assez relâchée dans le sens vertical, le ventre tombant, se prêterait facilement aux mouvements d'extension. « Si la paroi n'est pas distendue, la hernie est petite, car dans ces cas, la largeur de la ligne blanche à la hauteur de l'ombilic, ne mesure jamais plus de 3 cm., et comme nous avons constaté que l'orifice résultant de l'ablation de l'anneau est plus large dans le sens transversal, sa hauteur est inférieure à 3 centimètres, et par conséquent le raccourcissement de la ligne blanche peu considérable. »

Il semble donc bien résulter de la physiologie de la paroi que la suture transversale doit mieux résister dans

été fait dans cette pratique, et nous verrons ensuite ce que peut être l'intervention.

Nous allons voir dans le chapitre suivant ce qui a déjà été fait dans cette pratique, et nous verrons ensuite ce que peut être cette intervention.

La cure par suture transversale

Il semble bien qu'il faille attribuer (Demoulin, 1912) à Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, la première idée de suture transversale dans la cure radicale des hernies ombilicales (1895).

Duchamp avait été frappé par ce fait que l'orifice obtenu dans la ligne blanche par l'excision de l'anneau ombilical revêt généralement une forme ovale à grand axe transversal. « Je me suis demandé, dit-il, s'il n'était pas plus simple de suturer de haut en bas les bords de l'orifice, de manière à obtenir une ligne de suture transversale. En y réfléchissant bien, on peut se convaincre que ce mode de suture doit donner les meilleurs résultats et le moins exposer à une récurrence de la hernie. »

Mayo (1899), publie dans les « *Annals of Surgery* », la relation de deux cas de hernie ombilicale qu'il a opérées par un procédé semblable et dont les résultats ont été très satisfaisants. En 1903, ayant opéré plusieurs autres malades d'une manière analogue, il publie, dans le « *Journal of the American Medical Association* », un mémoire dans lequel il affirme son intention d'adopter le procédé de la suture transversale pour pratiquer la cure de tous les exomphales.

Kayser (1902) publie dans « *Hygiea* » un article sur

la même intervention. Le résumé en est reproduit par la « Semaine médicale » (1903).

Tavel recommande le procédé chez l'enfant.

Kocher le recommande également.

Gourdet (de Nantes), le propose au XVIII^e Congrès de Chirurgie de 1905.

. Dans la discussion du procédé :

Morestin déclare qu'il le pratique fréquemment, surtout pour la cure des grosses hernies et qu'il le considère comme un excellent procédé ; il l'enseigne, dit-il, à ses élèves, depuis 1900, sous le nom de procédé transversal ;

Walther dit qu'il l'a également employé à mainte reprise et que c'est dans certains cas une excellente pratique ;

Michel (Thèse, Bordeaux, 1906) publie les observations de Gourdet et donne une bonne description de l'intervention, telle que la pratique ce chirurgien ;

Kelly (de Baltimore), l'emploie également et s'en montre partisan.

Haydl (de Chicago), en décrit la technique opératoire d'après Mayo (International Journal of Surgery, 1909). Il rapporte le résultat de 11 interventions conduites de cette façon avec plein succès. — Guibé (Chirurgie de l'abdomen), rapporte l'intervention de Mayo de la façon suivante : « Aux deux extrémités latérales de l'anneau ombilical excisé, on incise transversalement l'aponévrose jusqu'au bord interne des muscles droits, puis l'incision est prolongée sur le feuillet antérieur de la gaine du droit jusqu'en dehors du bord interne de ce muscle, mais en obliquant un peu l'incision, en haut et en dehors vers le rebord costal. Puis on dissèque un peu les

deux lambeaux en les séparant du péritoine qu'on suture isolément. Pour les suturer, on les rabat l'un sur l'autre comme deux revers de redingote et on les suture de façon à les affronter par leurs faces. Pour cela, sur le lambeau inférieur, on passe deux séries d'anses de fil, l'une sur le bord libre, l'autre à la base. Les fils de la première série sont passés à la base du lambeau supérieur et noués, on en fait autant pour les fils de la deuxième série qui fixent le bord du même lambeau. — La suture achevée, il y a sur la ligne médiane un double plan fibreux superposé, capable de résister à la poussée des viscères. »

M. le professeur agrégé Patel emploie le procédé transversal depuis de nombreuses années. Il lui a donné les meilleurs résultats puisque, sur la quarantaine de hernies opérées par lui suivant cette méthode, il n'a observé aucune récurrence chez les malades revus, dont quelques-uns, plusieurs années après l'intervention.

Celle-ci peut être conduite de la façon suivante :

I. Incision de la peau ; elle peut être verticale ou transversale. On procède à l'excision de la cicatrice ombilicale ;

II. Ouverture du sac et traitement du contenu du sac. Libération prudente s'il y a des adhérences, et réintégration dans la cavité abdominale des anses intestinales herniées. Résection, ligatures de l'épiploon ;

III. Reconstitution de la paroi :

1^o Temps péritonéal : on procède à la suture délicate du sac. Cette suture est verticale ;

2^o Agrandissement de l'orifice ombilical par deux incisions transversales, latérales, l'une droite, l'autre gauche,

de telle sorte que l'orifice plus ou moins circulaire soit transformé en un orifice elliptique à grand axe transversal. Cette disposition s'accroît encore lorsque, ce qui est très fréquent, l'orifice ombilical disséqué présente, avant la double incision latérale, la forme d'une boutonnière transversale.

Les deux extrémités de l'incision transversale arrivent à 2 ou 3 centimètres sur le feuillet antérieur de l'aponévrose des droits.

On décolle ensuite les droits en haut et en bas, de façon à rapprocher leur bord interne qui est suturé par-dessus la suture péritonéale ;

3° Suture transversale de l'aponévrose avec un catgut résistant ;

4° Suture de la peau.

Le point délicat de l'intervention réside dans le rapprochement/souvent laborieux des deux droits, chez les femmes obèses, qui ont des éventrations, et dont les tissus sont d'une résistance médiocre, quelquefois d'une extrême friabilité.

Il faut remarquer que l'incision transversale, telle que nous la décrivons, est très comparable à l'incision de Pfannenstiel. Ce n'est, somme toute, que la transposition de cette dernière dans la région ombilicale.

Nous allons voir dans le chapitre suivant tous les avantages qu'elle présente.

Discussion du procédé transversal

Ses avantages. Ses cas d'application

Nous avons vu que le moment difficile de l'opération de cure radicale consiste le plus souvent dans le rapprochement pour les sutures des deux lèvres aponévrotiques de l'incision abdominale verticale. Les lèvres s'affrontent mal, les tissus sont mauvais, les fils coupent ou se cassent. La suture tire, tient mal, quelquefois ne tient pas.

Pour pratiquer la suture verticale dans les larges pertes de substance, lorsqu'on craint que les fils trop tendus ne lâchent ou ne déchirent les tissus, il faut commencer par passer à 2 ou 3 centimètres des lèvres de la plaie, 3 ou 4 fils métalliques de gros calibre embrassant toute l'épaisseur des parois.

Certains auteurs conseillent d'employer, pour faire la suture des divers plans, un fil non résorbable (fil de soie par exemple) qui les maintiendra mieux qu'un catgut trop vite résorbé.

Il est, en tous cas, indispensable qu'un aide rapproche avec les deux mains, placées à distance sur la paroi, les deux lèvres de la plaie, pendant qu'on serre les fils. Si l'on veut rapprocher avec les fils, ils cassent ou coupent.

Guibé (« Chirurgie de l'abdomen »), parlant de la

suture à étages, s'exprime ainsi: « En cas de hernie à anneau très large, ce procédé est impraticable. La paroi abdominale est atrophiée; les muscles droits amincis et graisseux sont fort écartés l'un de l'autre; il est impossible de les rapprocher par une suture; d'ailleurs, les tissus sont si friables qu'ils se coupent sous une tension un peu forte, toujours nécessaire en pareil cas. — Pareille chose n'est pas à craindre avec la pratique de l'incision et de la suture transversales. Les bords de la plaie se rapprochent aisément, la suture ne tire pas et tient bien. »

Il est, en effet, presque toujours très facile de rapprocher, pour les unir, les deux demi-circonférences de la boutonnière transversale.

La cure transversale ne crée pas de perte de substance, dit Gourdet, au niveau de l'ombilic fibreux, ne résèque rien de l'aponévrose utile de la région. — « Ou peut poser comme principe qu'il faut sectionner le moins possible de tissus sains. » Jaboulay et Patel.

« Le procédé d'excision large de l'ombilic fibreux, dit encore Gourdet, aboutit en définitive à faire une solution de continuité dans la paroi plus grande que l'orifice herniaire préexistant. » — Le procédé de Le Dentu, qui résèque en haut et en bas de l'orifice deux triangles à base touchant l'anneau, et celui de Berger, qui, pour détruire toute dépression, sectionnent des fibres aponévrotiques intactes, de direction transversale, et diminuent les conditions de résistance de la paroi.

Un autre des avantages de la cure transversale est de permettre aux malades de s'asseoir, dans leur lit, très peu de temps après l'intervention.

Les auteurs s'accordent tous à répéter qu'il est utile, pour obtenir une bonne cicatrisation après une cure d'exomphale, de laisser les malades au repos absolu un temps assez long, d'éviter efforts et mouvements qui distendent les tissus connectifs de nouvelle formation. Certains auteurs y joignent un régime sévère qui évite la distension intestinale et celle des sutures.

L. Championnière rapporte l'observation d'un malade de 38 ans qui, ayant voulu quitter l'hôpital dix-huit jours après l'opération, présentait une récurrence au cinquième mois. « Le séjour au lit le plus longtemps possible, dit-il, est indispensable. Plus il aura été sérieusement observé et plus parfaite sera la guérison. »

Berger partage cet avis: « Il faut exiger des malades un repos au lit complet dans le décubitus dorsal très prolongé, afin que la cicatrice de la paroi soit déjà très résistante quand elle aura à supporter la poussée des viscères, et la traction des plans musculaires de l'abdomen. »

Mais la longue durée d'un décubitus dorsal prolongé n'est pas toujours sans danger pour les malades. Il faut craindre les complications pulmonaires, et tout particulièrement chez la plupart des opérés pour exomphale, emphysémateux, chez lesquels la pneumonie hypostatique, la congestion pulmonaire surviennent avec la plus grande facilité.

« Le plus grand danger qui puisse être couru par l'opéré vient de la congestion pulmonaire. » L. Championnière.

Ce sont là de nombreux avantages qui semblent bien justifier la pratique de la cure transversale. Cette mé-

thode doit-elle être toujours employée ? Evidemment non. Dais bien des cas, une autre méthode sera plus rationnelle et s'imposera à l'esprit du chirurgien.

Mais il y a avantage à pratiquer le procédé transversal toutes les fois que cela sera possible. C'est un procédé souvent très commode. Nous avons vu, en étudiant la paroi abdominale, combien c'était un procédé physiologique.

Il ne faut pas en faire un procédé exclusif. Il n'y a pas de procédé exclusif. L'intervention sera variable, appropriée à chaque cas particulier. Le chirurgien guidera son choix d'après l'examen du malade, son âge, son état général, la grosseur de la hernie, l'état des parois, etc.

Tel procédé indiqué chez l'un donnerait chez l'autre un résultat pitoyable. « C'est une question de sujet et de hernie. » (Jaboulay et Patel).

Dans les grosses hernies, quel que soit le procédé employé, la reconstitution de la paroi sera toujours difficile, et le résultat douteux. « Les procédés modernes de réfection de la paroi n'ont pas une valeur absolument certaine ; on peut dire qu'ils ne valent qu'autant que vaut la paroi. » Il n'y a pas de méthode absolue.

« En matière de grosse hernie, on dissèque et on suture souvent sans règle et comme on peut. », dit L. Championnière, au XVIII^e Congrès de Chirurgie, dans la discussion du procédé transversal proposé par Gourdet.

Morestin y déclare qu'il trouve le procédé transversal utile dans certains cas. Il joint souvent, chez les personnes obèses, à la cure radicale, l'excision d'une bande

cutanéograsseuse, plus ou moins importante, pas une double incision cutanée passant au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Les deux incisions se rejoignent sur les parois latérales de l'abdomen.

Morestin prétend que cette double incision transversale des téguments donne plus de jour que l'incision verticale et facilite l'accès sur le pédicule herniaire, toujours malaisé lorsqu'il faut s'orienter à travers de larges murailles grasses que les écarteurs maintiennent difficilement.

Walther convient de la facilité très grande avec laquelle on réunit presque toujours les deux lèvres transversales de l'orifice herniaire, et, dans les cas où il l'a pratiquée, « cette réunion transversale, dit-il, m'a donné de bons résultats. »

Donc, et dans bien des cas, la suture transversale est d'une exécution facile, et semble mieux indiquée que la suture verticale. C'est particulièrement une excellente méthode de cure radicale de la hernie ombilicale de petit volume, et lorsque la paroi n'est pas trop défectueuse.

OBSERVATIONS

Nous ne rapporterons pas ici les observations dont nous avons pris connaissance. Elles se rapportent toutes à des femmes d'un certain âge, plus ou moins obèses. Toutes ont tiré le plus grand profit de l'intervention.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Patel, une malade, de 28 ans, opérée par le procédé transversal. Chez cette malade, jeune il est vrai, jouissant d'un état général satisfaisant, ayant des parois assez bonnes et une hernie de moyen volume, les résultats ont été parfaits.

Nous tenons cependant à rapporter ici l'observation, due à l'obligeance de M. le professeur Bérard, d'une malade chez laquelle la cure herniaire fut complétée par l'excision d'une large bande cutanéograsseuse.

OBSERVATION

Léontine C..., 44 ans. Obèse, cœur gros, sans contre-indication cependant à l'intervention. Hernie ombilicale volumineuse ayant débuté il y a 12 ans, accrue surtout depuis 2 ans. Troubles digestifs et quelques douleurs de la région herniaire.

Examinée le 21 octobre 1920. Hernie à diverticules latéraux en rosette, l'un d'eux s'étendant assez loin en bas et à droite de l'ombilic. Etant donné le degré d'obésité de la malade, M.

le Professeur Bérard décide de pratiquer une large excision de pannicule adipeux en quartier d'orange.

Rachi-anesthésie. — Deux incisions se regardant par la concavité sont menées transversalement de part et d'autre de l'ombilic et viennent aboutir en face de chacune des épines iliaques et un peu au-dessus. Chaque incision a 50 cm. Les raccords latéraux sont dessinés de façon à éviter la ride disgracieuse que l'on observe assez souvent à la suite de pareilles interventions.

Excision de tous les tissus jusqu'en dehors de l'aponévrose des droits. Extirpation en masse du collet de la hernie, auquel adhèrent quelques franges épiploïques que l'on résèque par l'intérieur de l'abdomen, en même temps que tout l'épiploon contenu dans le sac; puis le bord interne des droits étant avivé, on suture d'abord transversalement les plans profonds et l'orifice herniaire; puis les deux bords internes des droits, longitudinalement. Suture interstitielle du pannicule adipeux, agrafes. Pas de drainage.

Réunion *per primam* avec une cicatrice parfaite au 15^e jour; date à laquelle la malade quitte le service.

Grâce aux précautions prises dans le tracé de l'incision, les deux angles des sutures sont au niveau de la paroi et ne dessinent pas de rides disgracieuses.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreux procédés proposés pour obtenir la cure radicale de la hernie ombilicale, il en est un, le procédé de cure par incision et suture transversales de l'aponévrose qui paraît très rationnel et très physiologique.

Il est basé sur ce fait que la contraction des muscles abdominaux tendent à ouvrir une plaie verticale, à fermer une plaie transversale.

II. — L'intervention peut être conduite de la façon suivante :

Incision cutanée. Excision de la cicatrice ombilicale. Ouverture du sac et traitement du contenu. Suture péritonéale.

Prolongement de l'incision aponévrotique transversalement sur le feuillet antérieur des droits.

Suture des droits.

Suture transversale de l'aponévrose.

Suture cutanée.

C'est l'incision de Pfannenstiel transposée dans la région ombilicale.

III. — Ce procédé a des avantages :

Il est d'une exécution facile.

Il constitue une cicatrice bien orientée.

Il permet d'asseoir très vite l'opéré dans son lit.

IV. — Ce n'est pas un procédé exclusif à employer dans tous les cas. C'est un procédé commode, applicable surtout aux hernies petites et moyennes, lorsque l'anneau herniaire disséqué montre une direction transversale, et chez les malades dont la ligne blanche n'est pas en trop mauvais état.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BERARD,

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 décembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEMAND. — *Thèse de Lyon*, 1896.
- BACRI. — *Thèse de Paris*, 1892.
- BAUMELOU. — *Thèse de Lyon*, 1895.
- BRODIER. — *Thèse de Paris*, 1893.
- CASTERET. — *Thèse de Lyon*, 1892.
- CONDAMIN. — *Archives provinc. de Chirurgie*, 1892.
- CONTE. — *Thèse de Toulouse*, 1894.
- DAURIAC. — *Thèse de Paris*, 1895.
- GILL WYLIE. — *American Journal of Obstetric*, 1887.
- GOURDET. — *Communic. au XVIII^e Congrès de Chir.*, Paris 1905.
- GUIBÉ. — *Chirurgie de l'abdomen*, Paris 1905.
- JABOULAY et PATEL. — *Hernies. In Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, 1899.
- JABOULAY. — *Lyon Médical*, 1892.
- KAYSER. — *Hygiea*, 1902. In *Semaine Médicale*, 1903.
- KELLY. — *Annals of Surgery*, 1910.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Cure radicale des Hernies*, Paris, 1892.
- MICHEL. — *Thèse de Bordeaux*, 1905.
- MORESTIN A. — *Thèse de Paris*, 1912.
- POIRIER. — *Anatomie descriptive*.
- ROCHARD. — *Hernies*, Paris, 1904.
- ROGER. — *Thèse de Paris*, 1894.

SAPIEJKO. — *Revue de Chirurgie*, Paris 1900.

SAVARIAND. — *XIV^e Congrès de Chirurgie*, Paris 1901.

SÉBILEAU. — *Semaine Médicale*, 1896.

SEGOND. — *Thèse d'agrégation*, 1883.

TAVEL. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1909.

TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*, 1914.

WALTHER. — *Congrès de Chirurgie*, 1905.

IMPRIMERIE EXPRESS
46, RUE DE LA CHARITÉ
- - LYON - •

